

**FORMULARIO DE QUEJA ACERCA DE PRIVACIDAD DE HIPAA**

Personas con quienes comunicarse:

Funcionario de Privacidad de la División de Incapacidades del Desarrollo

Funcionario de Privacidad de la División de Niños, Jóvenes y Familias

Funcionario de Privacidad del Programa de Asistencia Médica para Refugiados Reubicados

Funcionario de Privacidad del Departamento de Seguro Económico

Las quejas se pueden enviar al Funcionario de Privacidad del Programa o la División a la dirección que aparece en el Aviso de Prácticas de Privacidad de la División o el Programa pertinente, o a la dirección siguiente

**Division Privacy Officer  
c/o Chief Privacy Officer  
Department of Economic Security  
1789 W. Jefferson Street  
Site Code 837A  
Phoenix, AZ 85005**

1. Si un representante personal firma esta queja en nombre de un cliente del Departamento de Seguro Económico, por favor proporcione el nombre del cliente e información acerca del representante personal en la página tres de este formulario. Si usted es un cliente del Departamento de Seguro Económico, por favor proporcione la información siguiente:

\_\_\_\_\_  
NOMBRE *(Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)*

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN *(Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP)*

\_\_\_\_\_  
NUMERO DE CASO *(Opcional)*

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA (E-MAIL )

\_\_\_\_\_  
TELÉFONO DURANTE EL DÍA

\_\_\_\_\_  
TELÉFONO POR LAS TARDES

( )

( )

¿Cuál es la mejor manera de conseguirle?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuáles son las mejores horas para conseguirle?

\_\_\_\_\_



5. Firma

FIRMA	FECHA
-------	-------

---

SU NOMBRE CON LETRA DE MOLDE

---

Si un representante personal de un cliente del Departamento de Seguro Económico firma esta queja en nombre de ese cliente, por favor rellene a continuación:

---

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PERSONAL *(Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)*

---

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE PERSONAL *(Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP)*

---

NUMERO DE TELÉFONO DEL REPRESENTANTE PERSONAL

---

¿Cuál es la mejor manera de conseguirle?

---

¿Cuáles son las mejores horas para conseguirle?

Relación del representante personal con el cliente:

- padre/madre o tutor de un niño(a) menor de edad
- guardián o conservador de un individuo
- poder de abogado médico durable
- otro *(especifique)* \_\_\_\_\_

El Departamento de Seguro Económico le enviará un aviso escrito cuando reciba este formulario relleno. Si hace falta más información para investigar su queja, el aviso pedirá esa información. El Departamento de Seguro Económico conducirá una investigación imparcial y oportuna de su queja. Efectuada la investigación, usted recibirá una respuesta escrita acerca de su queja.

Usted tiene derecho a una copia de esta queja. Favor de guardar una copia para sus archivos.

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ♦ Bajo la Ley de Estadounidenses con Incapacidades, el Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con alguna incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento habrá de proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato, llame al 602-364-1170.